

**投 标 文 件**

**采购项目**

**投标人： （盖单位公章）**

**年 月 日**

## 

## 目 录

一、投标函

二、法定代表人（单位负责人）身份证明

三、法定代表人（单位负责人）授权委托书

四、无重大违法记录承诺函

五、供应商基本情况

六、供应商资格证明材料

七、招标代理服务团队主要工作人员资历表及资格证明文件

八、医疗行业货物类、服务类招标代理项目业绩一览表

九、服务方案

## 一、投标函

**民航上海医院：**

1.我方已仔细研究了 采购项目的采购文件，愿意提供本采购项目所需的服务，并按合同约定履行义务。

2.我方的投标文件包括下列内容：

（1）投标函；

（2）按采购文件要求提供的全部文件。

3.我方承诺除商务和技术偏差表列出的偏差外，我方响应采购文件的全部要求。

4.我方投标的有效期为\_\_\_\_\_\_\_\_个日历日，并承诺在此投标有效期内不撤销投标文件。

5.我方完全理解贵方不一定要接受最低价的投标或收到的任何投标。

6.如我方中标，我方承诺：

（1）在收到中标通知书后，在规定的期限内与贵方签订合同；

（2）在签订合同时不向贵方提出附加条件；

（3）在合同约定的期限内完成合同规定的全部义务。

7.我方在此声明，所递交的投标文件及有关资料内容完整、真实和准确。

8. （其他补充说明）。

投标人名称： （盖单位公章）

法定代表人或其委托代理人姓名、职务（印刷体）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

法定代表人或其委托代理人： （签字或盖章）

地址：

网址：

电话：

传真：

邮政编码：

年 月 日

二、法定代表人（单位负责人）身份证明

投标人名称：

单位性质：

地 址：

成立时间： 年 月 日

经营期限： 年 月 日至 年 月 日

姓 名： 性 别： 年 龄：

职 务： 系 （投标人名称）的法定代表人（单位负责人）。

特此证明。

投标人名称： （盖单位公章）

年 月 日

法定代表人身份证复印件粘贴处：

|  |
| --- |
| 在此粘贴身份证复印件 |

三、法定代表人（单位负责人）授权委托书

本人 （姓名）系 （投标人名称）的法定代表人（单位负责人），现授权 （姓名）为我方代理人。代理人根据授权，以我方名义签署、澄清、说明、补正、提交、撤回、修改 （采购项目名称） 投标文件、签订合同和处理有关事宜，其法律后果由我方承担。

委托期限：

。

代理人无转委托权。

投标人名称： （盖单位公章）

法定代表人： （签字或盖章）

身份证号码：

委托代理人： （签字或盖章）

身份证号码：

年 月 日

委托代理人身份证复印件粘贴处：

|  |
| --- |
| 在此粘贴身份证复印件 |

## 四、无重大违法记录承诺函

民航上海医院：

（投标人名称）参加贵院组织的招标代理机构的比选。在此郑重声明：我公司参加采购活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录。

投标人名称： （盖单位公章）

法定代表人（单位负责人）或其委托代理人： （签字或盖章）

年 月 日

五、供应商基本情况

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **投标人**  **名称** | **注册年度及**  **注册编号** | **注册资金**  **（万元）** | **资格（资质）证书**  **批准单位、登记、批准时间及编号** | | |
|  |  |  |  | | |
| **统一社会信用代码** | **经营场所**  **地址** | | **近二年上海地区合作的三甲医院数量** | **近二年上海地区医疗机构货物类、服务类招标**  **项目数量** | **近二年上海地区医疗机构货物类、服务类招标**  **采购金额** |
|  |  | |  |  |  |

投标人名称： （盖单位公章）

法定代表人（单位负责人）或其委托代理人： （签字或盖章）

年 月 日

六、供应商资格证明材料

**注：需提供复印件加盖公章**

（1）三证合一的营业执照；

（2）财政部的政府采购代理机构备案证明；

（3）提供上海地区固定营业场所的产权证明或租赁合同复印件；

（4）其他供应商认为有必要提供的资质证明材料。

七、招标代理服务团队主要工作人员资历表及资格证明文件

供应商名称：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序**  **号** | **姓名** | **性别** | **年龄** | **项目**  **分工** | **学历、**  **专业** | **职业资格和职称** | **执业**  **经历** | **类似业绩经验** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：表中“项目分工”一栏应包括项目负责人、联络人等。

投标人名称： （盖单位公章）

法定代表人（单位负责人）或其委托代理人： （签字或盖章）

年 月 日

八、医疗行业货物类、服务类招标代理项目业绩一览表

（2022、2023年度）

供应商名称：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **项目名称** | **委托人名称** | **委托金额**  **（万元）** | **备注** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

投标人名称： （盖单位公章）

法定代表人（单位负责人）或其委托代理人： （签字或盖章）

年 月 日

九、服务方案

（供应商应提交招标代理服务方案，方案应至少包含：供应商的公司基本情况、财务状况、业务特长及自身优势、组织机构和内部管理制度）